7

Beiträge zur Lehre

vom

primären Oesophaguscarcinom.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

der

Hohen medicinischen Facultät der Georg-Augusts-Universität

zu Göttingen

vorgelegt von

Georg Engelhardt

approb. Arzt aus Duderstadt.

Göttingen,

Druck der Univ.-Buchdruckerei von W. Fr. Kästner.

1889.

Die Stenosen des Oesophagus können in ihrer Aetiologie sehr verschiedenartig sein. An erster Stelle führe ich diejenigen Verengerungen an, welche durch verschiedenartige Tumoren in der Umgebung des Oesophagus zustande kommen, und zwar nenne ich zuerst unter diesen die Aneurysmen der Aorta. Der prall mit Blut gefüllte Sack drückt auf den Oesophagus und komprimiert denselben, wodurch die Stenose bedingt wird. Hierher kann man auch mit Recht die sogen. Pulsions-Divertikel des Oesophagus rechnen. Erreichen dieselben eine grössere Ausdehnung, so werden leicht Nahrungsbestandteile statt in den Magen in diesen ausgestülpten Sack des Oesophagus hineingelangen, wodurch es allmählich zu einer Anhäufung von Speisen kommt. Dass ein so prall gefüllter Sack in der Nachbarschaft des Oesophagus leicht denselben komprimiert, ist sehr verständlich.

An diese Verengerungen reihe ich die auf Spasmus beruhenden an. Dieselben sind relativ selten und werden meistens bei hysterischen Personen gefunden.

Ferner führe ich die Stenosen des Oesophagus an, welche nach Anätzungen mit Schwefel-Salpetersäure etc. einzutreten pflegen. Diese Vergiftungen gehen bekanntlich mit tiefen Substanzverlusten aller derjenigen Teile einher,

mit denen diese Säuren in Berührung kommen. So auch im Oesophagus, obwohl hier die Veränderung meistens sehr gering ist, da die ätzende Wirkung genannter Gifte nur eine vorübergehende hier ist. Die entstandenen Substanzverluste heilen mit starker Narbenretraktion, so dass dadurch eine Verengerung des Oesophagus sehr leicht zustande kommt. Diese Fälle jedoch kommen dem Arzte verhältnismässig selten zur Beobachtung, da die Menschen meistens viel früher sterben, als es zur Narbenbildung kommt.

Schliesslich erwähne ich die Geschwulste des Oesophagus selbst und unter diesen an erster Stelle das Carcinom, da es die häufigste hier beobachtete Neubildung ist. Gelegentlich hat man mal ein Sarkom, einmal auch ein polypöses Angiom, ferner etwas häufiger ein Myom Lipom etc. gefunden. Sämmtliche Geschwülste treten aber an Häufigkeit vor dem Carcinoma Oesophagi erheblich zurück.

Ueber letzteres will ich etwas eingehender schreiben und mehrere klinische Fälle, die vom 1. Januar 1887 bis zum 1. Mai 1888 in der Göttinger, medicinischen Klinik beobachtet sind, genauer mitteilen. Ich werde die einzelnen Fälle der Reihe nach mit kurzer Krankengeschichte folgen lassen und in denjenigen Fällen, wo im Hospital die Autopsie stattfand, auch den Befund, soweit er hier von Wichtigkeit ist, kurz angeben.

I. Fall.

Patientin ist die 63 Jahre alte Maurerswittwe, Antoinette Heine, aus Lüechtringen, bei Höxter, aufgenommen am 8. Januar 1887.

Anamnese. Patientin klagt über Schluckbeschwerden und sofortiges Erbrechen nach der Nahrungsaufnahme

lüssigkeiten will sie noch geniessen können, jedoch nichts estes. Vor mehreren Jahren Gelbsucht; sonst stets ge- und gewesen.

Seit 12 Wochen empfindet Patientin Schmerzen beim chlucken und nach dem Essen fühlt sie einen mässigen ruck in der epigastrischen Gegend. Seit ca. 8 Tagen ird es Patientin schwer selbst Flüssigkeiten zu geniessen.

Status praesens am 14. Januar 1887. Patientin hat ine linksseitige Augenentzündung; leichte Cyanose der ippen; Zunge blass, nicht belegt. Ernährung mittel- ässig; Fettpolster sehr gering. Patientin wiegt 81 Pfd. nd sieht noch nicht verfallen aus. Bauch zeigt viele unzeln; in der rechten Hälfte der epigastrischen Gegend st der Bauch sehr druckempfindlich. Thorax ist normal ebaut. In der Leistengegend fühlt man beiderseits kleine eschwollene, harte, indolente Lymphdrüsen. In der echten Infraclaviculargegend vermehrte Resistenz und chwächeres Atmen als links. Patientin hustet etwas. m Herzen nichts Abnormes. Tiefstand der Leber; die- elbe hat normale Ausdehnung. Schmerzhaftigkeit, die uf Druck in der epigastrischen Gegend geklagt wird, llt in den Bereich des linken Leberlappens. Milz- ämpfung normal. Scoliose der Wirbelsäule nach links n obersten, geringe Lordose im untersten Teile der- elben. Ueber den Lungen nichts Abnormes. Beim Son- ieren des Oesophagus kam man bei der Aufnahme der atientin mit einer Schlundolive von 4 mm Durchmesser urch denselben hindurch in den Magen; infolge dieser ehandlung fühlte sich Patientin subjectiv erleichtert. eute kommt man mit derselben Schlundolive auf ein indernis und es wird eine mit einigen Blutstreifen urchzogene Masse erbrochen. Temperatur, Atmungs-, ulsfrequenz in normalen Grenzen. Urin spärlich, gelb-

rötlich; reichliches sedimentum latericium; Urin eiweissfrei. Laryngoskopische Untersuchung ergiebt nichts Abnormes.

Diagnose. Stenosis Oesophagi carcinomatosa.

18. Januar 1887. Patientin vermag heute etwas besser zu schlucken, sie wird auf ihren Wunsch entlassen.

II. Fall.

Eobanus Lieberknecht, 58 Jahre alt, Arbeiter aus Eschwege; aufgenommen am 5. Februar 1887.

Anamnese. Seit August 1886 habe er geschwollene Beine. Im Bereich der Schwellung seien die Extremitäten stets kühl. Seit Mitte Dezember 1886 beständen Schluckbeschwerden; feste Speisen könne er nicht mehr hinunterbringen, jedoch noch Flüssigkeiten. Nach der Nahrungsaufnahme erfolge sofortiges Erbrechen. Seit seiner Krankheit sei er erheblich abgemagert. Vor ca. 6 Jahren entleerte Patient angeblich 14 Wochen lang blutige Stühle.

Status praesens am 7. Februar 1887. Patient ist ein blasser Mann; hat Oedeme an den Unterschenkeln; ferner hat derselbe eine Kyphose der untern Brust- und oberen Lendenwirbelsäule. In den Körperorganen nichts Abnormes, nur hört man links, hinten über der Lunge auf der Höhe des Inspiriums ein leises Knarren; auch ist das Atemgeräusch über dieser Lungenpartie rauher als rechts. Die Schlundsonde lässt sich 44 cm. weit, vor der Zahnreihe angerechnet, in den Oesophagus einführen. Die im Sondenfenster hängende Masse färbt blaues Lakmuspapier nicht rot. Mit einer 7 mm dicken Schlundolive gelangt man mit Mühe in den Magen; nach Entfernung derselben entleert Patient Mageninhalt und etwas Blut. Krebszellen werden microscopisch in dem Erbrochenen nicht gefunden. In der rechten Supraclavi-

culargrube finden sich geschwollene Lymphdrüsen. Im Epigastrium, in der Mitte zwischen Nabel und processus ensiformis befindet sich ein ca. bohnengrosser, druckempfindlicher Tumor von glatter Oberfläche und harter Consistenz. Im Kehlkopf normale Verhältnisse. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Urinmenge ziemlich reichlich. Temperatur beträgt 38° C., Pulsfrequenz 80, Respiration 20 in der Minute.

Diagnose. Stenosis Oesophagi carcinomatosa.

12. Februar 1887. Patient schluckt bedeutend besser; sein Zustand sonst unverändert; Patient klagt über Schlaflosigkeit.

14. Februar 1887. Patient schluckt ohne Beschwerde. Allgemeinbefinden gut; Drüsenschwellung in der rechten Supraclaviculargrube hat zugenommen. Patient wird auf Wunsch entlassen.

III. Fall.

Albert Semmelroth aus Angerstein, 56 Jahre alt, Drechsler; aufgenommen am 9. März 1887.

Anamnese. Patient klagt seit Dezember 1886 über Schluckbeschwerden. Beim Essen habe er das Gefühl, als ob die Speisen in der Gegend des Kehlkopfes stecken blieben. Dieser Zustand habe sich stetig verschlimmert. Patient will seit seiner Erkrankung erheblich abgemagert sein. Vor 4 Jahren Gelenkrheumatismus gehabt; früher habe er viel gehustet.

Status praesens am 16. März 1887. Patient ist mittelmässig genährt; hat blasses Gesicht, blasse Schleimhäute. Ueber den Lungen perkutorisch und auscultatorisch nichts Abnormes; desgleichen ist das Herz gesund. Stimme etwas heiser. Stimmbänder gerötet. Milz- und Leberdämpfung sind in normalen Grenzen.

Bauch nicht druckempfindlich. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Patient entleert schleimig-eitriges Sputum mit Blut vermischt. Beim Sondieren des Oesophagus stösst die Schlundsonde, ca. in der Gegend der Bifucation der Trachea, auf ein Hindernis, welches nicht zu überwinden ist; eine 4 mm dicke Olive passiert den Oesophagus und gelangt in den Magen. Nach dem Sondieren entleert Patient etwas blutige, schleimige Massen aus dem Munde. Auffällig ist, dass nach der ersten Sondierung die vorher kaum bemerkbare Heiserkeit stärker geworden ist. Puls macht ca. 95—100 Schläge in der Minute; 25 Respirationen; Patient wiegt 93 Pfund.

Diagnose. Stenosis Oesophagi carcinomatosa; drohende Perforation in die Trachea.

5. April 1887. Patient hustet eine grosse Menge blutig gefärbter, schleimig eitriger Sputa aus. Schluckbeschwerden sind geringer; Patient geniesst fein geschabtes Fleisch ohne Beschwerde.

8. April 1887. Auf seinen Wunsch wird Patient entlassen; keine Aenderung seines Zustandes ist zu konstatieren.

IV. Fall.

Christian Regelin, 54 Jahre alt, Arbeiter aus Steinhorst; aufgenommen am 20. März 1887.

Anamnese. Seit ca. einem Jahre will Patient Schluckbeschwerden gehabt haben; seit September 1886 seien feste Speisen nicht mehr hinuntergegangen und seit Dezember 1886 soll öfters Erbrechen vorhanden gewesen sein. Appetit stets gut. Patient will erheblich abgemagert sein und er fühle sich sehr matt. Früher angeblich stets gesund.

Status praesens am 22. März 1887. Bei der

Einführung einer dicken Schlundsonde stösst man im Oesophagus auf ein Hindernis, welches 32 cm von der Zahnreihe an gerechnet, in demselben ist. Patient ist ein blasser, sehr abgemagerter Mann. Ueber der Vorderseite des Thorax nichts Abnormes. Hinten, unten, links ist Resistenzvermehrung. Dieselbe erstreckt sich bis zur Mitte der Scapula; daselbst ist auch Dämpfung; unten ist absolute Dämpfung. Im Bereich derselben abgeschwächtes Atmen; keine Rasselgeräusche. Herzresistenz ist nach links verbreitert; reicht 2—2½ cm. über die linke Mamillarlinie. Spitzenstoss extramamillär im 5. Interkostalraume. An der Herzspitze hört man ein systolisches Geräusch; im 4. Interkostalraume, innerhalb der Mamillarlinie hat das systolische Geräusch einen kratzenden Charakter. Leber- und Milzdämpfung in normalen Grenzen; Bauch ist flach. Kehlkopf normal. Urin eiweissfrei. Temperatur, Pulsfrequenz, Respiration nicht abnorm. Patient wiegt 92 Pfund.

Diagnose. Stenosis Oesophagi carcinomatosa.

28. März 1887. Mit einer dicken Sonde ist der Oesophagus zu passieren.

2. April 1887. Keine Schluckbeschwerden werden geklagt. Patient fühlt sich matt; hat an Körpergewicht verloren; wird auf Wunsch entlassen.

V. Fall.

Sophie Ebers, 57 Jahre alt, Ackermannsfrau aus Rethen; aufgenommen am 28. Juli 1887.

Anamnese. Patientin will vor 5 Jahren Geschwüre an der Lunge, verbunden mit blutigem Auswurf gehabt haben. Sonst stets gesund angeblich gewesen. Um Weihnachten 1886 bemerkte sie Schluckbeschwerden und sofortiges Erbrechen nach dem Essen. Dieser Zustand

habe unverändert bestanden bis vor einigen Tagen, in denen Besserung eingetreten sei.

Status praesens am 29. Juli 1887. Patientin ist eine magere Frau. In den Körperorganen nichts Abnormes. Mit einer dünnen Schlundsonde gelingt es nur 28—30 cm tief in den Oesophagus einzudringen. An der Sondenspitze haftender Schleim reagiert sauer; ebenso das Erbrochene. Die linken Supraclaviculardrüsen sind erheblich geschwollen; rechts ist die Schwellung geringer. Bauch kahnförmig eingezogen; zeigt nichts Abnormes. Urin frei von Eiweiss. Puls, Temperatur, Atmung normal.

Diagnose. Stenosis Oesophagi carcinomatosa.

8. August 1887. Patientin wünscht ihre Entlassung; ihr Zustand ist völlig unverändert.

VI. Fall.

Johannes Otto aus Eugenrieden, 61 Jahre alt, Ackermann; aufgenommen am 26. April 1887.

Anamnese. Seit circa 6 Monaten will Patient Schmerzen in der Magengegend gehabt und gleich nach der Nahrungsaufnahme gebrochen haben. Seit ca. 4 Wochen bemerke er Schluckstörungen; feste Speisen könne er gar nicht mehr geniessen; es erfolge sofort Erbrechen. Patient will erheblich abgemagert sein.

Status praesens am 26. April 1887. Patient ist ein kräftiger Mann; erheblich abgemagert. Bei der Untersuchung mit der Schlundsonde stösst man ca. 45 cm von der Zahnreihe an gerechnet, im Oesophagus auf ein Hindernis. Ueber den Lungen nichts Abnormes. Im Epigastrium besteht Druckempfindlichkeit. In den übrigen Organen nichts Pathologisches. Temperatur, Puls, Respiration normal. Urin eiweissfrei. Kehlkopf gesund.

Diagnose. Stenosis Oesophagi carcinomatosa.

27. April 1887. Am Herzen eine geringe Verbreiterung nach rechts; Herztöne dumpf, rauh; der 2. Ton von einem Geräusch begleitet.

29. April 1887. Heute ist der Oesophagus für die schon früher angegebene Sonde durchgängig, Patient vermag fein geschabtes Fleisch zu geniessen.

4. Mai 1887. Mit einer 12 mm dicken Sonde ist der Oesophagus zu passieren; Patient kann Schwarzbrod geniessen.

7. Mai 1887. Patient wird auf seinen Wunsch entlassen.

VII. Fall.

Patient ist der 57jährige Viehändler, Josef Rose, aus Grossenneder; aufgenommen am 9. August 1887.

Anamnese. Patient überstand früher angeblich einen Typhus. Seit ca. 7 Monaten bemerke er Schluckstörungen und sofortiges Erbrechen nach dem Essen. Flüssigkeiten könne er noch geniessen.

Status praesens am 4. Juli 1887. Patient ist ein mittelmässig genährter Mann. Das Atemgeräusch ist vorn von in- und expiratorischem Schnurren, Pfeifen und Rasseln begleitet; hinten lauter Lungenschall; ferner hört man hier verschärftes, vesikuläres Atmen. In den übrigen Organen nichts Abnormes. Beim Sondieren des Oesophagus gelingt es mit einer Olive von 4 mm Dicke durch denselben durchzukommen. Geschwollene Lymphdrüsen nicht zu fühlen. Urin ist spärlich, eiweissfrei. Temperatur subnormal. Patient wiegt $103^1/_2$ Pfund.

Diagnose. Stenosis Oesophagi carcinomatosa.

9. August 1887. Patient geniesst Breie und fein geschabtes Fleisch ohne Beschwerde; er wird auf seinen Wunsch entlassen.

VIII. Fall.

Johannes Schulte aus Haarbrück, 57jähriger Arbeiter; aufgenommen am 14. September 1887.

Anamnese. Patient machte angeblich 1886 eine Lungenentzündung durch. Sonst stets gesund. Seit ca. 4 Wochen bemerkte Patient Schluckbeschwerden, Uebelkeit und zuweilen sofortiges Erbrechen nach dem Essen. Seit 8 Tagen angeblich Verschlimmerung seines Zustandes; selbst Flüssigkeiten könne er nicht mehr geniessen.

Status praesens am 17. November 1887. Patient ist ein äusserst blasser, magerer Mann. Rechts, hinten, unten über der Lunge etwas vermehrte Resistenz; auch hört man hier trockene Rasselgeräusche. Herzresistenz überragt den rechten Sternalrand um 3 cm; links reicht sie bis zur Mamillarlinie. In den übrigen Körperorganen nichts Pathologisches. Beim Sondieren des Oesophagus gelangt man 48 cm. tief, von der Zahnreihe an gerechnet, in demselben hinunter. Die an der Sonde hängende Masse reagiert sauer. Temperatur normal; Urin eiweissfrei. In der linken Supraclaviculargrube fühlt man einige geschwollene Lymphdrüsen. Im Kehlkopf normale Verhältnisse.

Diagnose. Stenosis Oesophagi carcinomatosa.

24. November 1887. Patient hat 5 Pfund zugenommen binnen einer Woche; kann alle Speisen geniessen; wird auf Wunsch entlassen.

IX. Fall.

Andreas Röttger, 63 Jahr alt, Arbeiter aus Gross-Vreden; aufgenommen am 28. October 1887.

Anamnese. Seit ca. 4 Wochen bemerkte Patient Schluckbeschwerden; er könne nur noch Flüssigkeiten ge-

niessen; sonst stets gesund gewesen. Er habe in seinem Leben viel Not gelitten. Alle genossene Speisen würden jetzt sofort erbrochen.

Status praesens am 29. October 1887. Patient ist ein blasser, sehr magerer Mann; Atherom der Arterien. Bauch ist flach, schmerzlos; Bauchdecken gespannt. Thorax schmal. In der rechten Supraclaviculargrube etwas gedämpfter Perkussionsschall; sonst weder percutorisch noch auscultatorisch über den Lungen etwas Abnormes; Herz intakt. In den übrigen Organen ebenfalls nichts Pathologisches. An den Extremitäten eine kleienartige Abschuppung der Epidermis (Pityriasis cachecticorum.). Bei Sondierung des Oesophagus mit einer $1^1/_2$ cm dicken Schlundsonde stösst man in demselben auf ein nicht zu überwindendes Hindernis. Urin ist spärlich; gering opaleszierend; frei von Eiweiss und Zucker.

Diagnose. Stenosis Oesophagi carcinomatosa.

31. October 1887. Patient erbricht alles Genossene; bekommt Ernährungsklysmata.

6. November 1887. Urin leicht getrübt; enthält hyaline Cylinder mit Fetttröpfchen. Zustand des Patienten sonst unverändert.

19. November 1887. Patient erholt sich und nimmt an Gewicht zu. Kehlkopf gesund.

26. November 1887. Patient collabiert allmählich.

29. November 1887. Collaps nimmt schnell zu; über beiden Lungen spärliche Rasselgeräusche.

30. November 1887. Exitus letalis des Patienten.

Patient wurde am 1. Dezember 1887 seciert und es ergab sich folgender Befund:

Nach Herausnahme der Hals- und Brustorgane und des Magens im Zusammenhang fühlt man dicht über der Cardia eine harte Geschwulst; die Cardia selbst ist frei

von derselben, nur sieht man an ihr stärkere Rötung und einige Blutungen. Auch sitzen an ihr zwei submucöse Geschwulstknötchen. Reichlich 41 cm von der Zungenspitze, und 24 cm vom untern Rande der catilago cricoidea des Kehlkopfes an, ist der Oesophagus so stark verengt, dass man nicht einmal mit dem kleinen Finger durchkommt. Die untere Hälfte des Oesophagus zeigt Hypertrophie der Muskulatur, die obere aber Erweiterung des Lumens. In dieser untern Hälfte sieht man in einer Ausdehnung von ca. 6 cm eine unebene Oberfläche, die wie mit diphtherischen Schorfen belegt aussieht; ferner hat diese Stelle eine schmutzig graue, teilweise schieferige Färbung. Nach Durchschneidung der verengten Stelle (Länge von 2 cm) sieht man hier die Wand bis zu 1 cm verdickt, sehr derbe. Die Schleimhaut ist in geschwürigem Zerfall begriffen. Die Magenschleimhaut ist an der vorderen Seite durch einen Tumor, der wesentlich im perioesophagealen Gewebe liegt, vorgewölbt. Auf einem Durchschnitte durch diesen Tumor lässt sich Krebsmilch ausdrücken; 10 cm oberhalb des Beginns der Striktur, 14 cm oberhalb der cartilago cricoidea an der vorderen Wand des Oesophagus fand sich ein kleines Divertikel, in das man kaum die Kuppe des kleinen Fingers einlegen konnte. In der Tiefe des Divertikels war eine 1 cm grosse, weisslich gefärbte Stelle. Aussen um dasselbe sah man weder Verdickung des Bindegewebes noch Lymphdrüsenschwellung. Die Wand des Oesophagus war an der Stelle des Divertikels erheblich verdünnt. In der rechten Lunge reichlicher Blutgehalt; geringe, schiefrige Färbung in der Spitze; schiefrige Induration mit einzelnen Käseherden im Unterlappen; etwas Oedem. Links sah man an verschiedenen Stellen kleine Käseheerde; sonst

nichts Abnormes. In den übrigen Organen ebenfalls nichts Pathologisches.

X. Fall.

Friedrich Schütte, 66jähriger Schuhmacher aus Lübbecke; aufgenommen am 23. November 1887.

Anamnese. Patient klagt über Schluckbeschwerden, die seit ca. 6 Monaten beständen. Erbrechen nicht dagewesen. Beim Essen habe er heftige Schmerzen unter dem Brustbein. Im 25. Lebensjahre will er eines Abends eine grössere Menge dunklen Blutes aus dem Munde von sich gegeben haben; sonst sei er stets gesund gewesen.

Status praesens am 25. November 1887. Patient ist ein sehr blasser, elender Mann; derselbe sieht recht kummervoll aus. An den Extremitäten findet man eine kleienartige Abschuppung. Atherom der Arterien. Patient klagt über Druck in der epigastrischen Gegend. Bauch kahnförmig eingezogen. Epigastrium etwas vorgewölbt und bis zum Nabel druckempfindlich. Sonst im Bauch nichts Abnormes. In der rechten Infraclaviculargrube hört man etwas dumpfes Rasseln und weiches Atmen, links scharfes, vesikuläres. In den übrigen Organen sonst nichts Pathologisches. Beim Sondieren des Oesophagus kommt man mit einer Schlundolive auf ein Hindernis, welches 36 cm tief sitzt im Oesophagus. Patient erbricht jetzt alles Genossene; Appetit ist gut; Stuhl angehalten; Urin spärlich, gelb-rötlich; enthält ein reichliches sedimentum lateritium; ist eiweissfrei. Bei der laryngoscopischen Untersuchung findet sich eine Bewegungsbeschränkung des linken Stimmbandes, sonst nichts Abnormes.

Diagnose. Stenosis Oesophagi carcinomatosa.

29. November 1887. Patient erbricht alles Genossene; wird durch Klysmata ernährt. Mit der dünnsten Schlund-

olive gelangt man nicht in den Magen; Patient collabiert sehr schnell.

30. November 1887. Exitus letalis.

Section am 1. Dezember 1887; folgender Befund:

Bei der Herausnahme der Hals- und Brustorgane in Verbindung mit dem Magen fühlt man an der Eintrittsstelle des Oesophagus in den Magen, sowie im letzteren selbst harte, knotige Stellen. Nach Herausnahme der Organe sieht man die Cardia umgeben von einem Geschwür mit aufgeworfenen Rändern, welches hauptsächlich seinen Sitz an der hinteren Wand des Magens hat. Bei Eröffnung des Oesophagus von oben zeigt sich, 32 cm von der Zungenspitze, 26½ cm vom untern Rande des Ringknorpels eine Verengerung und unmittelbar darüber eine Erweiterung des Oesophagus. Man kann in die enge Stelle die Kuppe des kleinen Fingers bequem hineinlegen. Nach Eröffnung dieser engen Stelle zeigt sich die ganze Oberfläche der Oesophagusschleimhaut in geschwürigem Zerfall begriffen in einer Ausdehnung von 3½ cm, noch etwas geringer auch nach unten. Die Wandung des Oesophagus ist verdickt und zwar sowohl die Submucosa als auch die Muscularis. Nach oben hin zeigen sich leicht erhabene Ränder; die noch etwas höher gelegenen Teile, ca. 3½ cm von der vorhergenannten Stelle entfernt, zeigen den stärksten Zerfall und die grösste Zerstörung der Wandung des Oesophagus. Der Geschwürsgrund reicht bis dicht an den Bronchus der Lunge heran, ohne aber perforiert zu sein. Es zeigt sich aber die Wandung an der nach dem Oesophagus zugewandten Seite schmutzig-graulich gefärbt und sie ist etwas weicher, als die Umgebung. Um die Cardia herum ist eine stärkere, krebsige Neubildung. In den Lungen ausser etwas fauligem Geruch nichts besonders Bemerkens

wertes. Im linken Leberlappen findet sich ein kleiner, metastatischer, krebsiger Herd. In den übrigen Organen nichts Besonderes.

XI. Fall.

Heinrich Bock, 51jähriger Bahnarbeiter aus Greene; aufgenommen am 28. November 1887.

Anamnese. Seit ca. 5 Monaten bemerkte Patient angeblich Schluckbeschwerden, welche in letzterer Zeit erheblich zugenommen hätten. Nach dem Essen erfolge sofortiges Erbrechen. Nur Flüssigkeiten könne er jetzt noch geniessen. Ausser einer Lungenentzündung habe ihm nie etwas gefehlt.

Status praesens am 3. Dezember 1887. Patient ist ein blasser, magerer Mann, wiegt 102 Pfund. Bei der Untersuchung des Oesophagus mit einer Schlundsonde gelangt man 45 cm tief, von den Zähnen an gerechnet, im Oesophagus hinunter; hier stösst man auf ein Hindernis. Ueber den Lungen hört man vorn spärliches Rasseln; nirgends ist Dämpfung nachzuweisen. In den übrigen Organen nichts Abnormes. Urin spärlich; gelb-rötlich, mit reichlicher Nubecula; derselbe ist eiweissfrei.

Diagnose. Stenosis Oesophagi carcinomatosa.

5. Dezember 1887. Mit einer 4 mm dicken Schlundolive passiert man den Oesophagus und gelangt in den Magen. Die an der Olive hängenden Massen werden mikroskopisch untersucht, und es finden sich Krebsmassen mit deutlichen Schichtungskugeln. Nach dem Sondieren kann Patient geringe Mengen gemischter Nahrung geniessen, ohne zu erbrechen. Auf Wunsch wird P. entlassen. In den letzten Tagen wurde er durch Klysmata ernährt.

XII. Fall.

Heinrich Püster, 66jähriger Ackermann aus Seesen; aufgenommen am 5. Dezember 1887.

Anamnese. Seit ca. 3 Monaten bemerkte Patient angeblich Schluckbeschwerden und sofortiges Erbrechen nach dem Essen. Flüssigkeiten könne er noch geniessen. Letztere gingen seit ca. 4 Wochen manchmal auch nicht mehr hinunter; ab und zu könne er dagegen wieder feste Speisen geniessen. Patient will erheblich abgemagert sein. Appetit sei gut.

Status praesens am 8. Dezember 1887. Patient ist ein kräftiger, noch nicht verfallener Mann. Derselbe wiegt 125 Pfund. Er hat in der letzteren Zeit breiige Speisen essen können, ohne zu erbrechen. Patient hat angeblich das Gefühl, als ob ihm die Speisen in der Brust stecken blieben. Stimme ist etwas rauh. Bei der laryngoscopischen Untersuchung des Kehlkopfes findet sich jedoch nichts Abnormes. In den Organen sonst nichts Pathologisches. Beim Sondieren des Oesophagus dringt eine Schlundolive 48 cm tief in demselben vor; hier stösst sie auf ein Hindernis. Die an der Olive haftende Flüssigkeit reagiert nicht sauer; ausserdem findet sich an derselben ein grau-weisslicher Belag, welcher mikroskopisch untersucht wird und sich als Krebsgewebe mit grossen Krebsnestern dokumentiert.

Diagnose. Stenosis Oesophagi carcinomatosa.

18. December 1887. Patient schluckt jetzt besser; geniesst feste Speisen ohne Beschwerde.

23. December 1887. Patient wird auf Wunsch entlassen.

XIII. Fall.

Hahne, Friedrich, 71jähriger Schafmeister aus Klein-Lengden; aufgenommen am 12. Juni 1887.

Anamnese. Seit Ostern 1887 klagt Patient über Schluckbeschwerden. Flüssigkeiten kann er noch geniessen. In letzterer Zeit sei sein Zustand schlechter geworden. Vor ca. 5 Jahren habe er einen Schlaganfall, vor ca. 12 Jahren 1/4 Jahr lang die Ruhr gehabt; sonst sei er gesund gewesen.

Status praesens am 14. Juni 1887. Kräftiger Mann von mittelguter Ernährung; Thorax wenig gewölbt. In der l. Supraclaviculargrube einige geschwollene Lymphdrüsen. Bauch flach, in den Epigastrien eingezogen. Supraclaviculargruben beiderseits eingesunken. In den übrigen Organen nichts Pathologisches. Patient klagt über Appetitlosigkeit und glaubt, dass ihm die Speisen unter dem Brustbein stecken blieben. Eine Schlundsonde von 8 mm Dicke kommt in den Magen; ebenso eine von 9 mm. Urin eiweissfrei. Im Larynx nichts Abnormes.

Diagnose. Stenosis Oesophagi carcinomatosa.

14. Juni 1887. Patient hat mittags Fleisch und Brod ohne Beschwerde gegessen.

16. Juni 1887. Patient wird auf Wunsch entlassen.

26. Juli 1887. Patient kommt wieder ins Krankenhaus mit denselben Klagen wie früher. Durch Sondenuntersuchung lässt sich jetzt eine undurchlässige Striktur in der Nähe der Cardia nachweisen.

28. Juni 1887. Patient erbricht alles Genossene.

2. August 1887. Exitus letalis.

Sectionsbefund. . . . Bei Herausnahme der Halsorgane und des Magens im Zusammenhang, fühlt sich der unterste Teil des Oesophagus in der Ausdehnung von 4 cm

hart an; der Oesophagus ist kontrahiert, Muskulatur verdickt. Der verdickten Stelle entsprechend ist eine hochgradige Verengerung des Lumens vorhanden; die verengte Stelle ist nur 2 cm lang, hat ein schiefriges, narbiges Aussehen; krebsige Massen sind vor allen Dingen in der Muscularis und sind durch grosse Härte ausgezeichnet. Leber braun, atrophisch, ohne Metastasen. Sonst nichts Bemerkenswertes. Auch in anderen Organen keine Metastasen.

XIV. Fall.

Christian Bolm, 51 Jahre alt, Diener aus Hillbrechtshausen; aufgenommen am 29. Februar 1888.

Anamnese. Als Kind angeblich stets gesund. Vor 7 Jahren habe er 3 Wochen lang Darmkatarrh gehabt; seit Mai 1887 Appetitlosigkeit. Ende Oktober soll der Hals dick, rot, schmerzhaft geworden sein; das Schlucken ward ihm angeblich schwer. Seit Weihnachten erhebliche Schluckbeschwerden, die stetig zugenommen haben. Seit einigen Tagen müsse er alles ausbrechen; auch sei er erheblich abgemagert.

Status praesens am 29. Februar 1888. Magerer Mann mit blassem Gesicht. Bei der Sondierung des Oesophagus mit einer dünnen Sonde stösst man in der Tiefe von 28 cm auf einen Widerstand. Zunge belegt. In der l. Supraclaviculargrube einige erbsengrosse Lymphdrüsen. In den übrigen Organen nichts Abnormes. Bauch flach; etwas druckempfindlich. Urin eiweissfrei.

Diagnose. Stenosis Oesophagi carcinomatosa.

5. März 1888. Leichte Rötung der Stimmbänder; sonst nichts Abnormes. Patient bekommt Ernährungsklystiere.

10. März 1888. Beim heutigen Sondieren derselbe Befund wie früher; P. schluckt heute Bouillon.

20. März 1888. Patient klagt über starke Schmerzen in der Brust, besonders beim Atmen. Ueber den Lungen Zeichen von Katarrh. Patient würgt grosse Mengen Schleim aus.

23. März 1888. Katarrh hat zugenommen; P. hustet viel; im Stuhl etwas Blut, das auf demselben schwimmt.

25. März 1888. Verstärkung des Katarrhs; P. klagt über erhebliche Schmerzen in der Brust; derselbe geniesst nichts mehr.

26. März 1888. P. collabiert sehr schnell; exitus letalis.

Sectionsprotokoll vom 27. März.

. . . Im Oesophagus befindet sich im mittleren Abschnitte eine krebsige Stenose, 6 cm unterhalb des Ringknorpels. Die Länge des Krebsgeschwürs beträgt 8 cm; seine Ränder sind etwas aufgeworfen. In der Mitte desselben, an der vorderen Wand, ist eine grosse, unregelmässige Perforationsöffnung, durch welche man nach links in einen gangränösen Herd des Bindegewebes gelangt, der seinerseits mit der Pleurahöhle in Verbindung steht. Der Aortenbogen wird von dem Herd umhüllt; desgleichen die Subclavia. Im unteren Teile der Luftröhre sieht man an einer, ungefähr dem mittleren Teile des Oesophaguskrebses entsprechenden Stelle ein kleines Geschwür mit hellgrauen, leicht aufgeworfenen Rändern. Die Länge des Geschwürs beträgt 8 mm, die Breite 3—4 mm. Mit einer Sonde kommt man in eine kleine Höhle. Etwas weiter nach hinten zeigen sich einige graue, körnige Verdickungen, die den Eindruck von kleinen Geschwulstknötchen machen.

Der übrige Befund ist auch noch höchst interessant, doch würde es mich zu weit führen, denselben hier anzuführen. Das Gesagte genügt für unsern Zweck vollkommen.

XV. Fall.

Busse, Carl, Gepäckträger, 67 Jahr alt, aus Paderborn; aufgenommen am 10. Juli 1888.

Anamnese. Seit 5 Wochen bemerkte Patient Schluckbeschwerden und habe er das Gefühl gehabt, als bliebe ihm das Essen in der Brust stecken. P. will erheblich abgemagert sein. Im Herbst 1887 überstand er angeblich eine Lungen- und Rippenfellentzündung; vor 25 Jahren habe er Darmverschlingung gehabt; sonst stets gesund gewesen.

Status praesens am 11. Juli 1888.

Magerer Mann von gesundem Aussehen. Bei der Untersuchung der Speiseröhre mit einer dünnen Schlundolive stösst man auf ein Hindernis in einer Tiefe von 35 cm. In der l. Supraclaviculargrube finden sich einige erbsengrosse Lymphdrüsen. Leib eingesunken, nicht druckempfindlich. Ueber der l. Lungenspitze und links, hinten, unten einige Rasselgeräusche; sonst nichts Abnormes. Am Herzen ausser einem langgezogenen ersten Tone und überhaupt sehr leisen Tönen nichts Abnormes.

Diagnose. Stenosis Oesophagi carcinomatosa.

20. Juli 1888. Patient schluckt etwas besser; die dünnste Olive gelangt nicht in den Magen.

27. Juli 1888. Die Stimmbänder schliessen gut bei der Phonation; bei ruhigem Atmen sieht man die Stimmbänder nicht, da dieselben durch die falschen verdeckt werden.

9. August 1888. P. wird auf Wunsch entlassen.

XVI. Fall.

Dankmer, Carl, Töpfermeister, 59 Jahr alt, aus Fredelsloh; aufgenommen am 5. April 1888.

Anamnese. Vor einem Jahr will Patient Lungenentzündung gehabt haben. Seit Juli 1887 bemerkte er angeblich Schluckbeschwerden, die sich stetig steigerten. Seit Januar sollen auch keine Flüssigkeiten mehr hinuntergehen oder nur sehr schwer. Seit 5 Tagen hat Patient nichts mehr genossen; er will seit Juli 1887 über 50 Pfund verloren haben; P. erbricht alles Genossene.

Status praesens am 7. April 1888. Abgemagerter Mann; blasses Gesicht. In beiden Supraclaviculargruben erbsengrosse Lymphdrüsen, rechts grösser als links. Ueber den Lungen lauter Perkussionsschall, nur über beiden Spitzen etwas abgeschwächter. Ueber beiden Lungen vesiculäres Atmen; spärliche Rasselgeräusche. Leib kahnförmig eingezogen. In den übrigen Organen nichts Pathologisches. Die Schlundolive stösst in einer Tiefe von 43 cm auf ein Hindernis im Oesophagus. Flüssigkeiten gehen noch hinunter; es besteht starkes Hunger- und Durstgefühl. Stimme ist rein; Urin eiweissfrei.

Diagnose. Stenosis Oesophagi carcinomatosa.

10. April 1888. Bei der Untersuchung des Kehlkopfes findet sich nichts Abnormes.

15 April 1888. Auf Wunsch Entlassung des Patienten.

XVII. Fall.

Hucke, Otto, Lehrer, 42 Jahre alt aus Mauderode; aufgenommen am 31. März 1888.

Anamnese. Patient will im 9. Lebensjahre Gehirn- und Unterleibsentzündung gehabt haben; sonst sei er stets gesund gewesen. Seit Oktober 1887 habe er Schmerzen beim Schlucken gehabt und Druck in der Brust. Diese Beschwerden steigerten sich in der letzteren Zeit erheblich; auch soll Erbrechen aufgetreten sein. Anfang Februar fand sich bei einem spontanen Hustenanfalle ein

Stück geronnenen Blutes im Auswurf. Von der Zeit an konnte Patient angeblich ohne Beschwerden wieder schlucken. Ende Februar Verschlimmerung des Zustandes; Patient geniesst nur noch Flüssigkeiten.

Status praesens. Stark abgemagerter Mann; sehr blasses Gesicht. In der l. Supraclaviculargrube einige bohnengrosse Lymphdrüsen; rechts sind einige kleinere zu fühlen. Leib eingesunken; nicht druckempfindlich; sonst nichts Abnormes; desgleichen auch in den andern Organen. Die Schlundsonde stösst im Oesophagus in einer Tiefe von 33 cm auf ein Hindernis. Die Kehlkopfuntersuchung ergiebt Lähmung des linken Stimmbandes; dasselbe bewegt sich bei der Phonation gar nicht. Beide Stimmbänder gerötet.

Diagnose. Stenosis Oesophagi carcinomatosa; Lähmung des linken Recurrens.

6. April 1888. P. schluckt gut Flüssigkeiten.

10. April 1888. P. schluckt nur ab und zu noch Flüssigkeiten; wird durch Ernährungsklystiere ernährt.

12. April 1888. Hinten, links, unten über der Lunge ist Resistenzvermehrung. Atemgeräusch hier sehr schwach; reichliche Rasselgeräusche; leichtes, pleuritisches Reiben; P. klagt über starke Schmerzen in der linken Seite.

14. April 1888. Reibegeräusch und Schmerzen haben zugenommen; reichliches, schleimig-eitriges Sputum.

16. April 1888. P. schluckt nichts mehr; expektoriert geringe Mengen des genannten Sputums; collabiert sehr schnell.

18. April 1888. Unter stetig zunehmendem Collaps tritt der exitus letalis ein.

Sectionsbefund:

. . . Nach Herausnahme und Eröffnung des Oesophagus findet man etwas unterhalb der Teilungsstelle der

Trachea die Neubildung. Der Oesophagus bildet an dieser Stelle in einer Ausdehnung von 8 cm Länge in seinem ganzen Umfange eine an den Enden durch wallartig aufgeworfene Ränder etwas verengte, in der Mitte etwas erweiterte, geschwürig zerfallene, unregelmässige, höckerige, zerfetzte Geschwulstfläche. Die Ränder des Geschwürs sind nur wenig zerfallen und haben eine graue Färbung, während die grössere Fläche, sowie auch ein Teil des Oesophagus zu beiden Seiten der Geschwulst eine schmutzig-grünliche Farbe hat, ebenso wie die der Oberfläche anhaftenden Zerfalls- und Eitermassen. Das Ganze verbreitet einen scheusslichen Geruch. Auf Druck lässt sich Krebssaft ausdrücken. Im Grunde des Geschwürs befindet sich, etwa in der Mitte, die durch Herausnahme des Herzens, in dessen Beutel das Carcinom perforiert ist, entstandene Oeffnung. Ziemlich dicht oberhalb des oberen Geschwürsrandes sieht man eine länglich runde, geringe, unregelmässige, höckerige Erhebung; Oberflächederselben mit beginnender Geschwürsbildung von demselben grünlichen Aussehen, wie die Hauptstelle. Noch weiter nach oben, etwas links von der eben erwähnten Stelle, findet sich ein zweites, etwas grösseres Geschwür, dessen Oberfläche tiefer liegt, als die Fläche des Oesophagus. Schneidet man die Luftröhre auf, so findet man, abgesehen von einer Rötung der Schleimhaut, vom Beginn der Trachea an, im linken Hauptbronchus, eine bräunlich-rote, bald aber schmutzig grüne Verfärbung, bis man bei der Teilung des Hauptbronchus, am Aste des Unterlappens eine Perforationsöffnung von der Grösse eines 20Pfennigstückes findet. Die Oeffnung ist rund, lochartig. Mit einer Sonde kommt man in die Geschwürsfläche des Oesophagus. In der Umgebung der Perforation findet man im Bronchus ebenfalls einige etwas erhabene Knötchen.

In den anderen Organen ergab sich ebenfalls ein reichlicher Befund, den ich der Kürze wegen übergehe. Das Gesagte genügt für uns hier vollkommen. Noch sei erwähnt, dass sich auch in diesem Falle keine Metastasen in andern Organen fanden.

XVIII. Fall.

Maurer, Georg, 56 Jahr alt, Kaufmann aus Bodenburg; aufgenommen am 10. April 1888.

Anamnese. Als junger Mann habe er viel an Magenkatarrh gelitten; vor 5 Jahren hatte er Lungenentzündung. Im Februar 1888 Rippenfellentzündung. Seit Jahresfrist will Patient Schluckbeschwerden bemerkt haben und in letzterer Zeit habe er auch brechen müssen. Seit 8 Tagen könne er nur noch Flüssiges geniessen. P. will seit August 1887 über 28 Pfund abgenommen haben; sein Vater sei an Magenkrebs gestorben.

Status praesens am 10. April 1888. Mittelgut genährter Mann; frische Gesichtsfarbe. Bei Untersuchung des Oesophagus mit einer Schlundsonde stösst dieselbe in einer Tiefe von 25 cm auf ein unpassierbares Hindernis. In der r. Supraclaviculargrube einige erbsengrosse Lymphdrüsen. In den übrigen Organen nichts Abnormes.

Diagnose. Stenosis Oesophagi carcinomatosa.

14. April 1888. Zustand unverändert; P. wird auf seinen Wunsch entlassen.

Nach Mitteilung der einzelnen Fälle, bespreche ich das Oesophaguscarcinom etwas genauer; ich beziehe mich dabei auf die angeführten 18 Fälle, verfehle aber auch nicht das Wichtigste über den Speiseröhrenkrebs aus der Literatur heranzuziehen.

Was zunächst die Symptome des Oesophaguskrebses anlangt, so sind es folgende.

Nachdem die Krankheit einige Zeit ohne erhebliche Beschwerden bestanden hat, bemerken die Patienten bald früher, bald später, dass feste Speisen sehr schwer oder gar nicht mehr hinuntergehen. Flüssigkeiten können anfangs noch genossen werden; wenn jedoch die carcinomatöse Striktur sehr hochgradig ist, so hört auch dieses auf. Ferner regurgitieren bei vielen Kranken die genossenen Speisen nach kurzer Zeit, indem dieselben, statt in den Magen zu gelangen, im Oesophagus über der Stenose sich anhäufen, wodurch der oberhalb derselben gelegene Teil der Speiseröhre sich erweitert. Ich habe in meinen Fällen auf diese Thatsache wiederholt hingewiesen. Ausserdem haben viele Patienten das Gefühl, als bliebe ihnen das Genossene im Halse oder unter dem Brustbeine stecken; andere Patienten haben das Gefühl, als schluckten sie über ein Hindernis fort. Ferner nehmen die Patienten meistens sehr rapide an Körpergewicht ab. Die Haut wird wachsbleich, gelblich, schlaff und welk. Der Bauch, welcher anfangs noch normal konfiguriert ist, wird später, wenn infolge der krebsigen Stenose die Ernährung darniederliegt, kahnförmig eingezogen. In vielen Fällen findet man eine Schwellung der supraclavicularen Lymphdrüsen; gelegentlich schwellen auch andere Lymphdrüsen. Den sichersten Anhaltspunkt für die Diagnose der Oesophagusstenose giebt uns die Untersuchung mit einer Speiseröhrensonde. In manchen Fällen gelingt es, Gewebspartikelchen mit herauszubefördern; die mikroskopische Untersuchung derselben hebt dann, wenn das Krebsgerüst mit den charakteristischen Krebszellen nachzuweisen ist, jeden Zweifel über die Natur des Leidens. Auch benutzt man sog. Schlundoliven zur Untersuchung. Ueber die Anwendung beider Instrumente mag folgendes genügen. Dieselben müssen

bei dem aufrecht sitzenden Kranken leicht sondierend und nicht bohrend eingeführt werden, damit dieselben keine Perforation des erkrankten Oesophagus bewirken. Die Hauptschwierigkeit bei der Untersuchung mit diesen Instrumenten besteht nur im Führen derselben bis in den Anfang des Oesophagus. Bei widerspänstigen oder gar irren Kranken kann man in die Lage kommen, den Mund gewaltsam öffnen zu müssen. Beim Sondieren nun sitzt der Kranke am besten mit weit geöffnetem Munde und leicht rückwärts geneigtem Kopfe. Dann führt man unter Leitung des linken Zeigefingers mit der rechten Hand das betreffende Instrument über die Zunge zur hintern Rachenwand nach unten, während man den Griff hebt. Jedoch darf jetzt der Patient den Kopf nicht zu sehr nach hinten neigen, da das Instrument sonst leicht, statt in dem Oesophagus hinunter, in den Kehlkopf gelangte, was sofort zu Respirationsstörungen führen würde. Sondiert man in dieser vorsichtigen, eben geschilderten Weise, so wird es meistens gelingen in den Oesophagus zu gelangen. Falls nun die Striktur durchgängig ist, wird man auch ohne sehr erhebliche Schwierigkeit in den Magen gelangen, was, wie ich später zeigen werde, für den Kranken von grossem Nutzen ist. In denjenigen Fällen jedoch, wo die carcinomatöse Striktur undurchgängig ist, wird man, je nach dem Sitze derselben, im Oesophagus auf ein höher oder tiefer gelegenes, unüberwindliches Hindernis kommen.

Was nun das Vorkommen des Carcinoma Oesophagi anlangt, so ist dasselbe eine relativ häufige Erkrankung. Besonders werden Männer von dieser Krankheit befallen. So betrafen in den von mir angeführten 18 Fällen 16 das männliche, und nur 2 das weibliche Geschlecht. Aus

ler Arbeit Cölle's[1]), der eine Zusammenstellung der Oesophaguscarcinome der Göttinger Klinik vom 1. April 877 bis zum 1. April 1886 gegeben hat, entnehme ich olgende Zahlen:

„Es kamen auf

73	klinische Fälle	56	Männliche;	17	Weibliche
5	nicht klinische Fälle	4	„	1	„
6	Präparate mit Angabe des Geschlechtes	6	„	—	„
84	Fälle	66	„ ;	18	„

l. h. die Männer waren $3^2/_3$ mal häufiger betroffen, als lie Weiber."

Wie es kommt, dass die Männer mehr ergriffen werden ls die Weiber, lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen. Man hat allerdings den übermässigen Genuss starker Alkoholika beschuldigt, dem vorzugsweise die Männer huldigen. In meinen sämmtlichen Fällen jedoch wurde der Alkoholmissbrauch von den Patienten auf das Entschiedenste in Abrede gestellt. Wie die Wirkung der Alkoholika ist, wissen wir ebenfalls nicht. „Ob[2]) sie lokal wirken oder durch Verschlechterung der Gesammtkonstitution? Für Bedeutung lokaler Einwirkung sprechen einige Fälle, wo nach Traumen oder Hitzeeinwirkung Krebse entstanden sein sollen, für lokale Aetiologie auch die Fälle von Krebsentwicklung aus Narben." Jedenfalls lässt sich zur Zeit noch nicht sagen, was die Ursache des Oesophaguscarcinoms ist.

Soviel steht fest, dass der Oesophaguskrebs, wie auch die Krebse an anderen Körperstellen, eine Erkrankung

---

1) Cölle, Inaugural-Dissertation, Göttingen 1886.

2) cf. Orth, Lehrbuch der spec. pathol. Anat. Band I, pag. 682.

des höheren Lebensalters ist. Derselbe kommt am meiste zwischen den 50. und 70. Lebensjahre vor; nach Angab der Autoren ist das 50. bis 60. Lebensjahr das bevo zugteste.

In den meisten meiner Fälle waren die Patiente Menschen in den genannten Jahren; der 17. Fall allei dings betraf einen Mann im 42. Lebensjahre, woraı also ersichtlich ist, dass auch gelegentlich mal ein etwa jüngeres Individuum ein Oesophaguscarcinom bekomme kann.

Was nun die Art des Krebses im Oesophagus anlang so ist derselbe fast ausnahmslos ein Cancroid, d. h. ei Plattenepithelkrebs. Auch in obigen Fällen, die zı Autopsie gelangten und in denen die mikroskopisch Untersuchung vorgenommen wurde, konstatierte man ei Cancroid.

In einigen der obigen Fälle, wo bei der Sondenunter suchung etwas im Sondenfenster hängen blieb, das ma mikroskopisch untersuchte, sah man unter dem Mikros kope ein Krebsgerüst mit zahlreichen Schichtungskugeln Weiche Drüsenkrebse sind im Oesophagus selten, noc seltener Gallertkrebse. Schliesslich erwähne ich hie noch, dass der Oesophaguskrebs meistens primär vor kommt und nur sehr selten sekundär, indem aus der Um gebung des Oesophagus ein Carcinom in denselben hin einwuchert, so von der Cardia, selten von der Thyreoide und dem Pharynx aus. Umschriebene, submuköse Krebs knoten sind auch gelegentlich beobachtet; diese sin meistens sekundäre Krebse.

Macht das Oesophaguscarcinom auch Metastasen? An fangs verneinte man diese Frage, allein neuere Unter suchungen haben unzweifelhaft dargethan, dass auch hie Metastasen vorkommen, wenn auch erst sehr spät. In

alle X fand sich bei der Section im linken Leberlappen in kleiner krebsiger, metastatischer Herd. Nach Orth's ngaben findet man in etwas über der Hälfte aller Fälle rebsige Lymphdrüsen in der Umgebung des Haupt- notens. Andere Metastasen in Lunge, Leber, seltener in ndere Organe kommen gelegentlich auf dem Blutwege ustande.

Kurz bemerke ich hier noch, dass man im Oesophagus isweilen zwei Carcinome findet, von denen das eine eine Metastase des andern ist; jedoch können auch beide pri- näre Krebse sein.

Ich bespreche jetzt die Gestalt und die Stellen, die las Carcinom im Oesophagus mit Vorliebe einzunehmen flegt. Was die erstere anlangt, so ist sie meistens die iner Zwinge oder eines Ringes; die Breite desselben wechselt von 2—6 cm und darüber und schliesslich kann derselbe den grössten Teil des Rohres einnehmen. Um die Stelle des Sitzes besser zu übersehen, teile ich, wie es allgemein geschieht, den Oesophagus in ein oberes, mittleres und unteres Drittel ein. Von diesen scheint das untere Drittel das bevorzugteste zu sein. In den obigen Fällen sass das Carcinom mit sehr wenigen Aus- nahmen im unteren Drittel, was sich aus den Zahlen er- giebt, die beim Sondieren des Oesophagus gewonnen wurden. Der Kürze wegen wiederhole ich sie hier nicht, sondern verweise auf die einzelnen Fälle, bei denen ich die Maasse genau mitgeteilt habe. Es stimmt diese An- gabe, dass das untere Drittel am meisten Sitz des Car- cinoms sei, auch mit deutschen Statistiken überein, während englische Autoren angeben, dass das obere Drittel das bevorzugteste sei. Von allen aber wird zugegeben, dass das mittlere Drittel etwas seltener ergriffen wird. Rindfleisch allerdings nennt das mittlere Drittel als ge-

wöhnlichen Sitz, und zwar diejenige Stelle, an welcher der linke Bronchus den Oesophagus kreuzt. Auch Orth hält dieses Moment, wie ich gleich anführen werde, für ein sehr wichtiges. Nach Förster kommt $^1/_3$, nach Mackenzie[1]) fast die Hälfte aller Carcinome auf das obere Ende, während nach Petri[2]) und Zenker[3]) das obere Drittel mit 15,5%, das mittlere mit 51,7% und das untere Drittel mit 63,8% beteiligt ist. Lublinski[4]) fand in 120 Fällen nur einmal den Krebs im oberen Drittel. „Von allen drei Lokalisationen," sagt Orth[5]), „ist bemerkenswert, dass die Stellen durch mechanische Eigentümlichkeiten ausgezeichnet sind, oben und unten sind die engsten Stellen, an der Kreuzungsstelle mit dem Bronchus bietet dieser einen gewissen Widerstand. Andererseits ist daran zu erinnern, dass in der Gegend der Teilungsstelle auch die angeborenen Fisteln zu sitzen pflegen und dass also an dieser Stelle gewisse Disposition zu Entwicklungsstörungen vorhanden zu sein scheint."

Noch einige Worte will ich über die schon oben erwähnte Perforation des Oesophaguscarcinoms sagen. Wie ich schon andeutete, kann dieselbe einmal durch Sondieren des schon stark in Zerfall begriffenen Carcinoms bedingt

---

1) Lectures on cancer of the oesoph.; Med. times and Gaz. 1876, pag. 849.

2) Petri, Krebs der Speiseröhre, Dissertation, Berlin 1868.

3) Zenker, Krankheiten des Oesophagus. Handbuch der spec. Pathol. und Therap. von v. Ziemssen. Band VII, 1878, S. 171. 2. Aufl.

4) Lublinski, Berliner med. Gesellschaft, deutsche mediz. Zeitung 18. Mai 1878.

5) Orth, Lehrbuch der spec. patholog. Anat. Band I, pagg. 686 und 687.

werden. Sodann kommen aber gelegentlich spontane Perforationen des Carcinomes vor. Im Falle X wäre es bestimmt zur Perforation gekommen, wenn das Leben nur noch kurze Zeit erhalten geblieben wäre, und im Falle XVII war es bereits zur Perforation in den Bronchus gekommen. Orth[1]) sagt über die Perforation des Oesophaguskrebses folgendes: „Dieselbe kommt zustande in erster Linie in die Respirationsorgane, Luftröhre, Bronchus, Lunge, Pleura, dann aber auch in Gefässe, Aorta, rechte Pulmonalis, seltener Carotis, Subclavia, Vertebralis, Oesophagea, Intercostalis, ferner in den Herzbeutel, den Vorhof, in das mediastinale Bindegewebe oder in die Rückenmarkshöhle, nachdem die Wirbelkörper durch Krebsbildung zerstört wurden.“ Dass dadurch der sofortige Tod bedingt sein muss, ist leicht verständlich. In meinen Fällen habe ich auch stets den laryngoscopischen Befund angegeben. Dieses geschah deshalb, weil durch weiterwuchernde Oesoghaguscarcinome, bez. durch krebsige Lymphdrüsen die nervi recurrentes Vagi einseitig oder auch doppelseitig alteriert werden können; dadurch degenerieren sie und führen zu Funktionsstörungen des Kehlkopfes.

Was die Therapie bei dieser Erkrankung anlangt, so ist dieselbe erfolglos. Wir besitzen kein Mittel das Carcinom zu heilen. Unsere einzige Aufgabe besteht darin, die Patienten, solange es geht, bei Kräften zu erhalten. Deshalb geben wir denselben, wenn sie noch imstande sind etwas hinunterzubringen, flüssige Diät, ferner China- und Eisenpräparate und Wein. Auch wird man bei durchlässiger Striktur eine Schlundröhre einzuführen und

---

1) Orth, Lehrbuch der spec. path. Anat. Band I, pag. 686.

durch dieselbe dem Kranken Nahrung beizubringen versuchen. Haben die Patienten viele Schmerzen, was nicht häufig der Fall zu sein pflegt, so sind die Narcotica am Platze und unter diesen besonders das Morphium, subcutan injiciert.

In neuerer Zeit hat man in England und auch in Deutschland sog. Dauerkanülen eingelegt. (Leyden)[1]). Es sind dieses 3—6 cm lange, trichterförmige Hartgummiröhrchen, welche an 2 Seidenfäden befestigt in die Striktur eingeführt, die Entfernung gestatten. Sitzt die Striktur hoch oben und ist sie länger als 3—4 cm, so verdienen elastische Röhren den Vorzug. Diese bleiben längere Zeit liegen und ermöglichen eine ausreichende Nahrungszufuhr, wenn auch nur von Flüssigkeiten. Ausführlicheres über den Gebrauch dieser Canülen cf. Eulenburg, Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, Aufl. II, Band 14, pag. 542.

Können die Patienten absolut nichts mehr geniessen, so muss man ihnen Ernährungsklystiere geben. Dieses geschieht an hiesiger Klinik in folgender Weise. Ungefähr eine Stunde vor Applikation des Ernährungsklystieres giebt man den Patienten ein lauwarmes Reinigungsklystier, um etwaige Kothmassen aus dem Darme zu entfernen und das Ernährungsklystier durch Reizung der Schleimhaut zur schnelleren und sicheren Resorption zu bringen. Diese Ernährungsklystiere werden in der Göttinger medizinischen Klinik aus 2 Eiern angefertigt, die ausgeschlagen und stehen gelassen werden, bis sich die Eihäute abgesetzt haben. Dann werden die Eier koliert;

---

1) Leyden, Verein für innere Medizin in Berlin. Sitzung am 28. November 1885. Deutsche med. Zeitung 1887, No. 98.

dazu setzt man dann noch 100 g Rotwein, 100 g Wasser, 50 g Rohrzucker. Statt der Eier kann man auch Peptone nehmen; ferner flüssige Gallerte mit Zusatz von Eigelb oder Milch. Solcher Klystiere bekommt der Patient zwei des Tages. Sehr zweckmässig und viel angewandt sind Leube's[1]) Pankreasklystiere. Sie bestehen aus einem Gemisch von sehr fein zerhacktem Rindfleisch mit zerkleinerter Bauchspeicheldrüse vom Rinde oder Schweine, die mit lauem Wasser zu einem dünnen Brei angerührt werden; von dieser Masse injiciert man ca. 200—300 g täglich in den Mastdarm. Diese Klystiere werden gut vertragen.

Immerhin ist dieses eine unzureichende Ernährung, und die meisten Patienten kommen auch dabei sehr schnell herunter. In manchen Fällen jedoch, und auch in zweien meiner Fälle, nahmen die Patienten bei dieser Ernährungsweise schnell mehrere Pfund zu. In einem Falle wurde auf der hiesigen medizinischen Klinik beobachtet, dass ein solcher Kranker in 3 Wochen 12 Pfund zunahm.

Endlich erwähne ich noch kurz, wie die Patienten meistens sterben. Sehr viele derselben werden von Tag zu Tag elender, kachektischer; um es kurz zu sagen, sie verhungern. Der Puls wird klein und schwach, der Bauch zieht sich kahnförmig ein, der panniculus adiposus ist fast ganz geschwunden, der Urin ist spärlich und zeigt das Bild des Inanitionsharnes. Die Temperatur ist meistens subnormal, steigt auch wohl mal zur Norm an und selbst etwas darüber. Schliesslich tritt Collaps ein, der fortwährend zunimmt und bald erfolgt jetzt der Tod. Manche Patienten sind gewissermassen besser daran, da

---

1) W. O. Leube, Berliner klinische Wochenschrift 1873, No. 17.

ihnen die letzten Leidenstage erspart bleiben. Ich denke hier zunächst an diejenigen, bei denen das Carcinom in eines der genannten Organe perforiert, wodurch sofortiger Tod bedingt ist. Andere Kranke bekommen, da sie viel brechen müssen und sich leicht verschlucken, sog. Schluckpneumonien, welche zur Lungengangrän führen können. Auf diese Weise stirbt ein grosser Prozentsatz der Kranken. In neuerer Zeit hat man hier und da auf dringenden Wunsch der Patienten auf operativem Wege Hülfe zu schaffen versucht. So führt Cölle in seiner Arbeit vier Fälle an, in denen als ultima ratio die Gastrotomie und Anlegung einer Magenfistel vorgenommen wurde. Der eine der Patienten lebte noch einen Monat nach der Operation; ein zweiter noch 23 Tage; der dritte und vierte Patient starb am 2. resp. 6. Tage nach der Operation, jener an Lungenödem, dieser an Schluckpneumonie. Nach der Zusammenstellung von Knie[1]) kamen auf 199 Fälle von Gastrotomie bei Oesophaguscarcinom 56 Heilungen, nur 2 starben an Inanition. Die Lebensdauer von 35 mit Erfolg Operierter schwankte zwischen 27 Tagen und 12 Monaten; sie betrug im Mittel 125 Tage.

Zum Schlusse meiner Arbeit hebe ich noch die Zeitdauer hervor, in welcher die Krankheit meistens zu verlaufen pflegt. Selbstverständlich ist dieselbe nicht genau anzugeben und ich beschränke mich auch nur darauf das Minimum und Maximum der Zeit ungefähr anzugeben.

Cölle giebt an, dass in 52 seiner Fälle die kürzeste Dauer 8 Wochen, die längste 2 Jahr betrug. In obigen Fällen, die zur Section gelangten, betrug die Dauer im

---

1) Knie, Gastrotomie bei Krebs der Speiseröhre. Klinische Beobachtungen; deutsche med. Zeitg. 1886, No. 97.

IX. Falle ca. 4 Monate, im X. Falle ca. 7 Monate, im XIII. Falle ebenfalls ca. 4 Monate, im XIV. Falle ca. 11 Monate und im XVII. Falle ca. 7 Monate. Ueber die Dauer der übrigen Fälle habe ich leider nichts erfahren können, da die Patienten sehr schnell, von der Unheilbarkeit ihres Leidens überzeugt, das Hospital wieder verliessen. Angestellte Nachforschungen meinerseits sind ohne Erfolg geblieben. Immerhin ist der Zeitraum vom Beginne der Erkrankung bis zum Tode ein sehr wechselnder, wie es aus den vorher angegebenen Zahlen auch leicht ersichtlich ist.